Querido Miembro de Medicaid de Nevada,

Hemos adjuntado una forma de reembolso con esta carta. Siéntase libre de hacer copias de esta forma para sus futuros viajes. Usted también se puede contactar con la línea de Reservaciones de LogistiCare para adquirir copias de esta forma o puede adquirir las formas en la página red de Información al Miembro en (<https://memberinfo.logisticare.com>).

Por favor de hacer nota que su doctor/consejero firme la forma como prueba de que asistió a su cita. Usted también puede dar un recibo de su doctor, hoja de farmacia o papeles de dado de alta. Si su forma no está completa, usted no recibirá pago por su viaje. La distancia se calculará por el número de millas de distancia desde su casa hasta el lugar de su cita médica.

Así es como trabaja:

1. Nosotros recomendamos que usted hable para reservar su viaje **5 días** antes de su cita médica. **LogistiCare no podrá reembolsar aquellos viajes que ya hayan ocurrido!**
2. Cuando usted llame a programar su viaje recibirá un número de viaje. El número de viaje es requerido en la forma de reembolso. **Escriba su número de viaje y fecha en la forma de reembolso en cuanto reciba la forma de un especialista en reservaciones de LogistiCare!** Olvidarse de hacer esto es un error muy común y puede causar que su reembolso sea rechazado. Asegúrese de agregar el número a su forma antes que se le olvide!
3. Usted debe llenar toda la forma completa **menos** el espacio donde dice “Physician/Clinician Signature/Firma de Doctor/Médico” y donde está marcado “Do not write in this space/No escriba en este espacio”.
4. Lleve la forma a su cita médica y haga que su doctor o consejero la firme. Su doctor o consejero tienen que firmar donde dice “Physician/Clinician Signature”. También puede dar su recibo de su cita de doctor, el recibo de su farmacia o sus papeles de dado de alta.
5. Usted puede poner hasta siete viajes en su forma. Por cada viaje la distancia se calculará por el número de millas de distancia desde su casa hasta el lugar de su cita.
6. **Por favor note que solo puede listar un conductor en la forma.** Tiene que llenar y mandar una forma separada por cada persona que la lleve a sus citas médicas.
7. Una vez que su forma este completa, envíe por correo a:
**LogistiCare Claims Department
Nevada Medicaid Mileage Reimbursement
2552 West Erie Drive Suite 101
Tempe, AZ 85282-3100**
8. También puede mandar su forma por fax al 877-316-2599.
9. Los pagos serán enviados entre 30 días desde que el Departamento de Reclamos de LogistiCare haya recibido su forma completa de reembolso.
10. Si tiene preguntas, problemas o preocupaciones, por favor llame al Departamento de Reclamos de LogistiCare al 1-877-564-5665. Si un representante no está disponible para contestar su llamada, por

favor deje un mensaje detallado. Los mensajes serán contestados en un plazo de un día laboral. Asegúrese de dejar el mejor número de teléfono para poder contactarlo en su mensaje de voz.